

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

*Крылова Е. В., Дмитраченко Т. И., Семенов В. М.,
Пискун Д. В., Лавринович Д. Н.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) сохраняет свою значимость, так как данная патология продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости во всех регионах мира. В наиболее неблагоприятных регионах тропического пояса число больных ОКИ достигает 3–5 млрд человек в год, при этом 5–10 млн больных умирают [1]. Даже в такой развитой стране, как США, ежегодно регистрируется от 25 до 99 млн случаев заболевания, около 8 млн пациентов требуют госпитализации и около 10 тыс. человек погибают [2,3]. Структура ОКИ имеет значительные различия в зависимости от географического региона. Для развивающихся стран наиболее значимыми являются такие инфекции как шигеллез, энтеротоксигенные эшерихиозы, холера, амебиаз. Для большинства стран Западной Европы наиболее актуальными являются сальмонеллез, кампилобактериоз, энтерогемморагический эшерихиоз.

Как показал проведенный нами анализ на территории Республики Беларусь в последние 10 лет сохраняется высокий уровень заболевае-

мости острыми кишечными инфекциями с некоторой тенденцией к снижению. Показатель заболеваемости кишечными инфекциями колеблется от 140 до 286 на 100 тысяч населения. Однако, следует учитывать, что приведенные данные не отражают истинной картины заболеваемости. Это связано с тем, что большая часть больных с легкими формами кишечных инфекций лечится самостоятельно, не обращаясь за медицинской помощью. Кривая заболеваемости ОКИ по области полностью повторяет кривую заболеваемости по республике. За анализируемый период времени отмечено два пика заболеваемости кишечными инфекциями. Первый пик в 1995 году - 319,2 случаев заболеваемости на 100 тыс. населения по области и 286,8 по республике. Второй пик заболеваемости ОКИ был зарегистрирован в 1999 году - 366,2 по области и 267,8 по республике.

Основное место в структуре ОКИ принадлежит дизентерии. При этом кривая заболеваемости дизентерией полностью повторяет кривую заболеваемости кишечными инфекциями в целом и в большей степени ее определяет. Проведенный анализ показал, что пики заболеваемости дизентерией по области и Республике Беларусь соответствуют пикам заболеваемости ОКИ. Наивысшие уровни заболеваемости дизентерией также отмечены в 1995 году - 168,6 на 100 тыс. населения по области и 139,6 по республике и в 1999 году - 188,4 по области и 125,3 по республике.

Несмотря на то, что сальмонеллез традиционно занимает одно из ведущих мест в структуре кишечных инфекций, в последние десять лет имеет место тенденцию к снижению его уровня. Так в 1995 году показатель заболеваемости сальмонеллезом достигал 45,5 на 100 тыс. населения по области и 63,5 по республике, а в 2003 году снизился до 28,1 по области и 40,3 по республике.

Анализ заболеваемости ОКИ позволил выявить и тенденцию к снижению уровня заболеваемости острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии с 108,3 на 100 тыс. населения по области и 95,4 по республике в 1995 году до 26,3 по области и 37,3 по республике в 2003 году. Однако, в 1995 году и в 1999 году зарегистрированы подъемы заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии. Это соответствует подъемам заболеваемости шигеллезами в указанные периоды времени, следовательно можно предположить, что среди нерасшифрованных ОКИ определенное место занимают шигеллезы.

На фоне снижения заболеваемости кишечными инфекциями имеет место рост заболеваемости ОКИ установленной этиологии с 42 на 100 тыс. населения по области и 44,9 по республике в 1995 году до 72,3 по области и 59,4 по республике в 2003 году, что указывает на

возросшее качество лабораторной диагностики, повышение уровня квалификации врачей-бактериологов.

Анализ структуры ОКИ по Витебской области за последние 10 лет показал, что в 1995 году среди кишечных инфекций наибольший удельный вес занимали шигеллез и ОКИ неустановленной этиологии. В последующие годы наибольший удельный вес в структуре ОКИ также принадлежал шигеллезу, на долю которого приходилось 38%-47% всех зарегистрированных случаев кишечных инфекций. Значительная роль в структуре ОКИ принадлежала также кишечным инфекциям неустановленной этиологии (37-39%). В последние три года их удельный вес значительно снизился и в 2004 году составил 16%. В то же время отмечается рост доли ОКИ установленной этиологии от 31% до 37%.

Проведенный анализ заболеваемости ОКИ у лиц разного возраста показал, что среди острых кишечных инфекций, регистрируемых у взрослых, наиболее значимыми также являются шигеллез и ОКИ неустановленной этиологии. В 1995 году их доля составляла 36% и 37% соответственно. До 1999 года доля ОКИ неустановленной этиологии у взрослых была наибольшей и достигала 37-38%. Во время указанных выше подъемов заболеваемости шигеллезом его удельный вес у взрослых достигал 37-45%. В последние годы среди острых кишечных инфекций у взрослых доля ОКИ неустановленной этиологии значительно уменьшилась.

Структура заболеваемости ОКИ у детей до 2001 года в основном соответствовала структуре кишечных инфекций у взрослых. С 2001 года у детей значительно вырос удельный вес ротавирусной инфекции, что, вероятно, связано с повышением качества ее диагностики. Так, в 2000 году на долю ротавирусной инфекции приходилось только 3% ОКИ, в 2001 году - 11%, а в 2004 году - 15%. Это позволило значительно улучшить расшифровку кишечных инфекций преимущественно у детей первых двух лет жизни. Если в первые 5 лет анализируемого периода на долю ОКИ неустановленной этиологии у детей до двух лет приходилось от 35% до 49% зарегистрированных случаев кишечных инфекций, то с 2001 года значительно возросла доля ОКИ установленной этиологии от 35% до 43%. При этом удельный вес ротавирусной инфекции в этой возрастной группе также вырос с 16% до 30%.

В возрастной группе от 3 до 6 лет до 2000 года свои лидирующие позиции сохраняли ОКИ неустановленной этиологии, удельный вес которых составлял 39-42%. В 2001-2004 гг. первое место в этой возрастной группе принадлежало шигеллезу, удельный вес которого со-

ставлял от 32% до 62%, доля же ротавирусной инфекции составила только 7-15%.

В возрастной группе от 6 до 14 лет с 1995 года по 2001 год наибольший удельный вес составляли шигеллезы, от 33% до 63%, также значительное место занимали и ОКИ неуточненной этиологии, от 21% до 39%. С 2002 года в указанной возрастной группе также вырос удельный вес ОКИ установленной от 44% до 50%.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в последние годы изменилась этиологическая структура ОКИ в первую очередь за счет увеличения доли кишечных инфекций установленной этиологии, обусловленных повышением качества работы лабораторий. Однако структура ОКИ в нашей республике значительно отличается от структуры кишечных инфекций в странах Западной Европы и США, что нельзя объяснить только климатическими различиями. Учитывая постоянно растущий социально-экономический уровень в нашей стране, структура кишечных инфекций также должна приближаться к таковой в экономически развитых странах. Однако у нас не регистрируются такие кишечные инфекции, как кампилобактериоз, энтерогеморрагические эшерихиозы, что, вероятно, связано с недостаточной обеспеченностью диагностическими средами и сыворотками бактериологических лабораторий.

Литература:

1. Григорович М. С. и др. Антигенная структура HLA-комплекса гистосовместимости при ротавирусной инфекции и сальмонеллёзах у детей // Эпидемиол. и инфекц. бол.—2001.— №2 — С. 22.

2. Cheney C. P., Wong R.K.H. //Med Clin North Am, 1993. - №77. - P. 1169

3. Powell D.W. Approach to the patient with diarrhea In: T.Yamada: Textbook of gastroenterology New York, Lippincott, 1991. - P. 732